FEREDIT
Fondo editorial
Red de investigadores de la Transcomplejidad

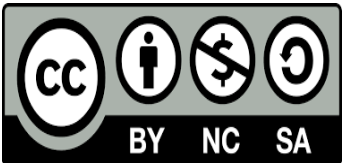
SALUD Y CUIDADO INTEGRAL
Diálogos Transcomplejos

Prólogo Zahira Silano
Carlos Lepez, Carlos Bratt, Humbert Urdaneta

Salud y cuidado integral.
Diálogos Transcomplejos

Carlos Oscar Lepez, Carlos Cecilio Bratt, Humbert Enrique Urdaneta Fernández
Prólogo: Zahira Felicidad Silano Higuera

Colección: Campos fundantes y transversales de la transcomplejidad
Primera edición, Enero, 2026
Depósito Legal: **AR2026000003**
ISBN: **978-980-456-057-6**



Reservados todos los derechos conforme a la ley
Se permite la reproducción total o parcial del libro, siempre que se indique expresamente la fuente

Libros@Red de Investigadores de la Transcomplejidad.
https://reditve.wordpress.com
Rif: J403566976
Portada: Copilot AI
Revisión General: Crisálida Villegas

AUTORIDADES
REDIT

Dra. Crisálida Villegas
Presidente
Dra. Nancy Schavino
Vicepresidente
Dra. Mary Stella
Directora de
Administración
Dra. Alicia Uzcátegui
Secretaria

FEREDIT

Dra. Sandra Salazar
Directora
Comité Editorial
Dra. Betty Ruiz
Dra. Rosana Silva
Dra. Evelyn Ereú
Dra. Miozotis Silva
Dr. Arturo Dávila
Dr. Renné Pérez

ÍNDICE DE CONTENIDO

		pp.
	Prólogo Zahira Silano Higuera	5
	Conociendo a los autores	7
I	**Hacia una noción de la salud integral**	10
	Concepción de salud	11
	La transcomplejidad al pensar la salud	28
	Salud como interdependencia, prevención y justicia planetaria	38
II	**Cuidado Integral**	43
	Visión del cuidado	44
III	**El cuidado y la salud. Visión transcompleja**	60
	Tendencias de la salud y el cuidado integral	60
	Algo práctico	66
	Tema especialísimo desde la ciencia y la humanidad	70
	Referencias	73

PRÓLOGO

La obra "Salud y cuidado integral. Diálogos Transcomplejos", es una invitación a desmontar las visiones fragmentadas y reduccionistas que han dominado el campo de la salud durante siglos. Los autores Carlos Lepez, Carlos Bratt y Humbert Urdaneta asumen el desafío de repensar el bienestar humano desde la cosmovisión de la transcomplejidad.

En un mundo caracterizado por la incertidumbre, la multicausalidad y la interconexión global, la salud ya no puede ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad o como un estado biológico aislado. Este libro propone que el cuidado integral emerge de la convergencia de saberes: lo biológico se entrelaza con lo social, lo emocional, lo ético y lo existencial.

A través de sus páginas, se despliega una estructura que transita desde las nociones fundamentales de salud hasta la praxis del cuidado en la contemporaneidad. El texto nos sumerge en

ideas que rompen las barreras de las disciplinas tradicionales, permitiendo que la ciencia dialogue con la cotidianidad, y que la técnica se humanice a través de la inteligencia emocional y la resiliencia.

La relevancia de esta obra radica en su capacidad para cuestionar la polisemia de la salud y proponer una ética de la responsabilidad y la reparación. Además, representa un esfuerzo genuino por construir campos fundantes que sostengan una nueva forma de entender la propia existencia y su equilibrio.

Este libro es una herramienta indispensable para estudiantes, profesionales de la salud e investigadores que buscan trascender los límites de su formación básica para adentrarse en la comprensión de la vida como un tejido relacional. Que estas páginas sirvan de brújula para quienes caminan hacia una práctica de la salud más inclusiva, transdisciplinaria y, sobre todo, profundamente humana.

Zahira Felicidad Silano Higuera

CONOCIENDO A LOS AUTORES

Lepez señala, que en este espacio de diálogo y de intercambio, es importante abordar la temática de la salud y el cuidado integral desde sus complejidades, así como desde sus múltiples formas y diversidades de representación.

Expresa su reflexión desde la provincia de Buenos Aires, ya que es director del postgrado en la especialidad de enfermería en Geriatría en la Universidad del mismo nombre, destacando la oportunidad de pensar la salud como un fenómeno global, en consonancia con los nuevos paradigmas contemporáneos.

Durante un posdoctorado, tuvo la oportunidad de trabajar los fundamentos del pensamiento transcomplejo, los cuales aplicó a su labor desde la lógica de las capacidades investigativas de los docentes en ciencias de la salud. En ese proceso de búsqueda intelectual y relacional, halló la posibilidad

de profundizar en estos enfoques y de vincularse activamente a la REDIT.

Por su parte, el Dr. Carlos Cecilio Bratt Castillo expresa que ha tenido la oportunidad de realizar un posgrado en neuroinmunofarmacología. Ejerce la docencia en diversas universidades y ha sido reconocido como personal científico venezolano en dos universidades del Perú. En el marco de la REDIT, cursó un postdoctorado en Sistemas y Corrientes Filosóficas, espacio en el que conoció y profundizó en el pensamiento transcomplejo.

Finalmente, Urdaneta señala que reside en el estado Aragua, en la ciudad de La Victoria, conocida como ciudad heroica, la que describe como un lugar de clima agradable, con una población solidaria, empática y receptiva. Desde el punto de vista médico, se desempeña en el área de la Mastología Clínica y Ecografía Descriptiva y Diagnóstica, actividades que forman parte de su práctica cotidiana en el consultorio.

Conoció la transcomplejidad a partir de su tesis doctoral en gerencia, la cual desarrolló en hospitales de alta complejidad tipo IV, apoyándose en su experiencia previa en la administración de múltiples instituciones de salud. Este trabajo recibió reconocimiento por su carácter inédito y original, lo que despertó en él un profundo interés por este enfoque.

Posteriormente, inició un posdoctorado en ciencias, mención investigación avanzada, con el objetivo de aprender a pensar y construir la transcomplejidad, reconociendo que se trata de un desafío intelectual complejo.

I.HACIA UNA NOCIÓN DE SALUD INTEGRAL

El concepto de salud ha evolucionado de una visión estrictamente biológica y clínica hacia un constructo social polisémico e integral. Partiendo de la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este texto explora la salud como un bien público que trasciende la ausencia de enfermedad para convertirse en un estado de bienestar biopsicosocial y espiritual.

A través de un enfoque de transcomplejidad, se analiza cómo la salud emerge de la interconexión de cinco ejes fundamentales: biológico, psicológico, social-comunitario, existencial y planetario. En última instancia, la salud se redefine como un derecho humano vinculado a la justicia planetaria, donde el autocuidado, la responsabilidad ciudadana y la armonía con la naturaleza son pilares esenciales para garantizar la dignidad y la felicidad colectiva.

De tal manera, el capítulo tiene como propósito, analizar la evolución del concepto de salud desde el modelo biomédico tradicional hasta el paradigma de

la transcomplejidad, destacando su naturaleza como bien común, constructo social multidimensional y fenómeno interdependiente con el entorno planetario.

Concepción de salud

A la pregunta de Silano ¿Cuál es su concepción de salud? Lepez responde: pensando en la salud como un bien público, nos acercarnos a las definiciones de las distintas fuentes, fundamentalmente, incluyendo la que tiene el consenso internacional de la OMS, que define la salud desde el año 1947 y en el 48 en su Asamblea de Constitución, que ha declarado una noción de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Una noción que se amplía en términos más polisémicos (Alcántara Moreno, 2008; Gómez, 2002).

Entonces, si la pregunta es, ¿qué comprendo por salud? Es un concepto personal, una práctica y un constructo social polisémico, incluso que requiere

reinterpretaciones y adecuaciones culturales y ambientales.

Fundamentalmente es el completo estado de equilibrio biopsicosocial, implica todas estas dimensiones: salud ambiental, salud mental y convivencia, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, vida saludable y condiciones crónicas, amenazas agudas para la salud colectiva, entre otras.

Incluye las esferas del bienestar: emocional, económico, social, espiritual, ocupacional, físico, intelectual, ambiental en estos órdenes tanto de la familia, como en los ámbitos sociales, comunitarios, educativos y laborales (Hernández Gamboa y Cañaveral Pascacio, 2022; Cala, 2020).

Para la Organización Mundial de la Salud, en 1978 se hizo la revisión de este concepto y se plantea la idea de la capacidad individual para poder potenciar al ser, como la posibilidad de responder de forma positiva a los retos del ambiente, aunque en la

práctica su reproducción se encuentre con limitaciones.

Actualmente se plantea desde la Organización de Naciones Unidas (ONU) una agenda que establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los cuales está la plasmado en el marco de los derechos fundamentales de segunda generación que contiene al derecho a la salud, este es el ODS 3: salud y bienestar, con una perspectiva de derecho en torno también a una política de internacionalización ligado al paradigma de la salud global porque a la vez trasciende el hecho de las fronteras.

Estas son algunas aproximaciones básicamente para responder a ello, además añadir complementariamente una definición de cuidado integral, que son sistemas complejos situados, en contextos que están compuestos por diversas cuestiones, como por ejemplo las prácticas, los procedimientos, los distintos medios y recursos, los escenarios y los destinatarios de distintos grupos

poblacionales, las condiciones sociohistóricas, culturales, ambientales y las ético normativas, que determinan la cobertura de las necesidades vitales.

Estas necesidades, también van a incluir las ocurridas en la situación de fin de vida y de deceso, que se constituye a partir de una relación terapéutica que está dirigida a la vez que involucra al destinatario; pero también al facilitador de esa experiencia holística.

La cual aspira poder brindar calidad de atención y dar respuesta a todas las interacciones a partir de la salvaguarda que están establecidas en los códigos de ética sanitario y de las regulaciones del ejercicio profesional de quienes prestan atención en el cuidado integral de las personas.

A la misma interrogante, Bratt señala que la salud de los órganos, entendidos en conjunto, debe ser abordada desde una visión global, como un tejido vital interactivo que se encuentra en continua adaptación y transformación. Esta comprensión se

articula a partir de los cinco ejes fundamentales que propone la transcomplejidad.

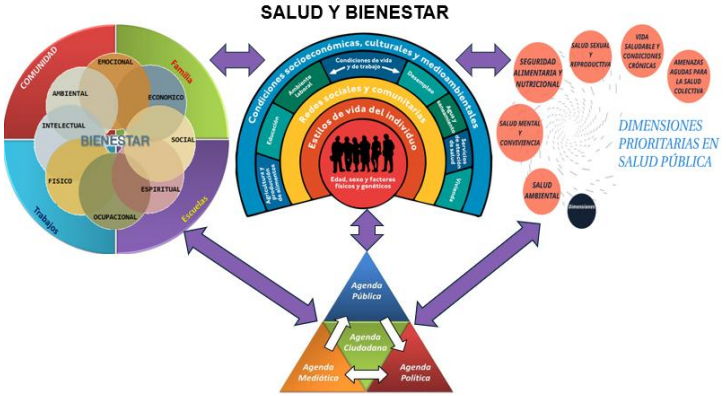


Figura 1. Salud Y Bienestar
Fuente: Lepez, C (2025)

Desde esta perspectiva, la salud debe entenderse como la expresión dinámica de cinco ejes transcomplejos: biológico, psicológico, social-comunitario, existencial y planetario, los cuales permiten comprender cómo la salud humana emerge del entrelazamiento permanente entre biología, subjetividad, comunidad, existencia y planeta.

El eje biológico reconoce que la salud no puede separarse de la larga evolución que precede al ser

humano. La vida surge a partir de procesos planetarios ancestrales que dejaron huellas en nuestra biología actual, desde la disponibilidad de minerales hasta los mecanismos epigenéticos de adaptación, como el ayuno, el ejercicio y la regulación del estrés. La tecnología contemporánea también incide en este eje, alterando procesos fisiológicos fundamentales como el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal.

El eje psicológico se fundamenta en las emociones, el sentido vital y la subjetividad. Estas dimensiones regulan la experiencia humana y, cuando se alteran, impactan directamente sobre la biología. Fenómenos actuales como la ansiedad digital, la sobrecarga informativa y la modulación emocional por algoritmos representan nuevos desafíos para la salud psicológica.

El eje social-comunitario concibe al ser humano como un ser relacional que habita círculos concéntricos, desde la familia hasta la comunidad. Estas redes constituyen sistemas de sostén

emocional y social indispensables para la salud. Sin embargo, las comunidades virtuales y la globalización introducen nuevas formas de desbalance que pueden debilitar los vínculos humanos.

El eje existencial se sostiene en el sentido de vida y en la capacidad de ejercer la libertad personal. Cuando el sentido se fragmenta, los demás ejes se desordenan, favoreciendo la aparición de la enfermedad. La tecnología moderna puede erosionar este eje al sustituir la introspección y los vínculos humanos por automatismos y relaciones algorítmicas.

El eje planetario recuerda que la salud humana es inseparable de la salud del planeta. La regulación circadiana, la microbiota, la disponibilidad de recursos naturales y la estabilidad ecológica constituyen condiciones esenciales para la vida. Las amenazas ambientales actuales obligan a pensar la salud como un fenómeno planetario interdependiente.

Desde esta visión, la salud deja de definirse como la simple ausencia de enfermedad y pasa a entenderse como el resultado de la armonía dinámica entre estos cinco ejes, permitiendo al ser humano desarrollarse plenamente y contribuir de manera útil a la sociedad.

A lo planteado, Urdaneta dice: mi secreto, es que soy historiador y, entonces, no puedo desvincular la concatenación natural de los acontecimientos. Por cierto, todo lo que tiene que ver con las interconexiones es parte de la visión transcompleja.

El tejido de la realidad tiene múltiples niveles y está relacionado con ciertas dimensiones, siendo que solo experimentamos las mayores, las dimensiones cotidianas, esas son las que nosotros podemos ver por nuestro sensorio, por nuestros sentidos.

Pero hay otras dimensiones no sensibles a la persona de manera rutinaria y que en la medida que la instrumentación científica ha ido mejorando sus

aplicaciones y sensibilidad, estas dimensiones se ha ido asomando poco a poco, se han visto que hay unas realidades que se van construyendo paso a paso.

Pero para que nosotros podamos entender, comprender lo que sucede hoy día, incluso conceptualmente, necesitamos retrotraernos de todo aquello que la historia nos está asomando en una minúscula parte.

Esto lo digo porque el concepto de salud ha venido evolucionando y es un desarrollo que ha costado siglos para la humanidad. Inicialmente la salud era absolutamente individual, biológica, las personas buscaban sanar el cuerpo y se veía de esa manera, pues para las otras personas no estaba entendida como aquello que fuera más allá de lo biológico.

Hay unos ejemplos bien interesantes, históricos, que tiene que ver con que, por ejemplo, los gladiadores romanos eran curados por esclavos que eran médicos y a estos les decían docto.

Evolucionó después hacia doctor, que significa el que tiene mucho conocimiento, pero desde el punto de vista de lo biológico.

Progresivamente, la salud se fue entendiendo como un proceso de orden psicológico, de orden mental, que también pertenecía a la biología corporal, la mente como un producto del soma, de lo que nosotros somos en cuanto a cuerpo físico.

Entonces, en ese punto tratábamos enfermedades de la mente, es la llegada de Sigmund Freud, austriaco, médico hecho a sí mismo como psiquiatra, padre fundador del psicoanálisis, un método para tratar enfermedades mentales y una teoría para explicar el comportamiento humano.

En la década de 1950 a 1960 hace su aparición René Favaloro, argentino, médico cirujano cardiovascular con su propuesta de una visión de la salud que reconoce los determinantes sociales como las condiciones de vida, educación, trabajo, ambiente, acceso a servicios básicos, factores tan importantes como los biológicos.

En cuando a lo que el doctor Lepez señalaba, se da la Declaración de Alma-Ata la cual fue aprobada el 12 de septiembre de 1978 en la entonces ciudad de Alma-Ata, URSS, hoy Almaty, Kazajistán, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS y UNICEF.

Este documento marcó un hito planetario al proclamar que la salud es un derecho humano fundamental y que la atención primaria de salud es la clave para lograr “Salud para Todos” en el año 2000.

Bien lo decía el doctor Brad, que la salud no era solamente la ausencia de enfermedad y entonces empata el doctor Lépez quien está de acuerdo con el Dr. Brad, en una especie de atemporalidad holística, conceptual, en donde se asoma que no solamente es la ausencia de enfermedad, sino que la salud es el correcto equilibrio biológico, psicológico y social.

Desde 1978 hasta este momento, hemos visto que ha habido una evolución de ese concepto y en este punto ya empezamos a entrar en aguas profundas. Bueno, creo que para el doctor Lépez no es tan profunda como para nosotros, porque trabaja en su día a día con casos de pacientes con enfermedad terminal avanzada, esto le da una visión global de la vida y de su última experiencia de vida, la muerte. Su filosofía de la vida puede ser diferente, y con mucho, a la nuestra.

Entonces, ese concepto ha venido evolucionando y se ha incorporado el fenómeno exclusivo de bienestar. O sea, que la salud ya no solamente es un tema de la mente, sino que ya la mente de lo psiquiátrico empezaba a ser psicológico y tenía que ver con un grado de compromiso moral de las personas para estar saludable.

Al respecto Goleman (1995) quien plantea el pensamiento lateral, todo el tema de la neurociencia y empezó a asomar la urgente necesidad de establecer varios tipos de inteligencia que dieran la

posibilidad de entender la mente humana, desde el punto de vista del comportamiento o de la psicología con unas inteligencias que eran naturales y que estaban más allá de lo que ya estaba descrito.

El siguiente paso fue que la salud adquirió otro grado epistémico, se hizo ecológica, es decir, se integra a la naturaleza. Entonces, ese concepto de salud incluía ya no solamente la naturaleza, sino un tipo de inteligencia y esa inteligencia ya tenía que ver con el ensimismamiento, con la condición de análisis introspectivo de lo que nosotros somos y de cómo en un proceso empático, nos identificamos con el enfermo que estaba más allá de lo que soy yo dentro de ese tejido de la realidad.

Aquí se presenta la transcomplejidad, que es un proceso natural, tenía que presentarse, si no era aquí en Venezuela, sería en otra parte del mundo, gloriosamente fue en Venezuela, yo digo, para mí, orgulloso de ser parte del estado Aragua, donde residen y existen estas autoras que proponen todo lo que tiene que ver con la transcomplejidad.

La transcomplejidad es el resultado de un proceso de inevitabilidad científica, en donde todo tiene que ver con las interconexiones en los múltiples niveles de la realidad y tiene que ser desde esta visión aplicado al concepto de la salud. El concepto de la salud, bien lo decía el doctor Lepez, es un bien común. La salud es de todos y todos tenemos que participar para que se dé como tal.

La salud articula saberes en cooperación complementaria y transdisciplinaria, vinculando ciencia, cultura, sociedad y naturaleza. Su objeto es garantizar la continuidad de la vida y la dignidad, cosa que no se había mencionado, promoviendo bienestar y felicidad en sus dimensiones individual y colectiva.

Tiene que ser un bien común porque es algo que está compartido, que no solamente hay una alineación con el ser desde el punto de vista vertical individual, biomédica, sino que se hace transparentemente horizontal para hacerla un problema de todos, salud colectiva. El mejor ejemplo

que tenemos como la salud se asume colectiva, fueron los casos de COVID o el dengue que todavía lo andamos peleando y luchando entre todos.

Es un concepto de salud desde el punto de vista global. Los saberes dentro de la salud no se van a yuxtaponer. Una de las cosas llamativas de los descubrimientos del COVID fue el hecho donde la población, en el caso de Venezuela, hablaba del suministro a los enfermos de una planta, que le hacían en forma de té, que es el Orégano Orejón.

No hay nada más grandioso que el reconocimiento de la verdad dentro del pueblo de a pie, cuando las farmacéuticas, y sobre todo el primero que lo hace, el Instituto de Investigaciones Científica, se convence del efecto positivo, que, por cierto, es una de las pocas cosas que combate los virus, el Orégano Orejón.

Pero ¿qué tipo de ciencia vamos a tener cuando se ha desprestigiado todo aquello que no sea metódico, riguroso, que no obedezca a los principios fundamentales de la ciencia? ¿Quiere

decir que la población no está preparada para ofrecer alternativas científicas y saludables para el bien común?

En este punto, se cayó la tesis que imponen las narrativas de las corporaciones farmacéuticas internacionales de rigor metodológico para hacer ciencia, porque efectivamente una de las cosas que se utilizan para el combate de los virus es este tipo de plantas derivadas del orégano. La vinculación entre ciencia, cultura y sociedad tiene que ver con la naturaleza, con el ambiente.

Ahora entendemos que somos parte del mundo, que nosotros no somos exclusivos, que los seres humanos no somos los dueños del planeta Tierra, que las hormiguitas también están viviendo con nosotros, que, si las abejas desaparecen nosotros nos afectamos en la producción agrícola, que la bosta de vaca sirve como fertilizante y que este ayuda a tener una mejor producción agropecuaria.

Es decir, la visión ecológica, sobre todo desde el punto de vista de la salud, se ha vuelto rigurosamente totalitaria. Lo tenemos que ver como un contexto global para que se cumpla el objeto de la salud, que no es otra cosa que una larga vida, llena de felicidad y que por sobre todas las cosas, tengamos bienestar en gran provisión y que la salud se perfile en el tiempo pasando los esquemas naturales de la vida actual.

De manera tal que el concepto de la salud desde el punto de vista de la transcomplejidad va a trascender los marcos regulatorios del pensamiento paradigmático actual. Estamos en un terreno novedoso y necesitamos hacer una oferta para ofrecer ese concepto y la transcomplejidad lo puede hacer para que podamos ver la salud como un elemento de investigación y no solamente eso, sino también como un elemento que nos va a traer la mayor suma de felicidad posible.

La transcomplejidad al pensar la salud

Señala, Silano una definición muy completa que nos ha presentado el doctor Urdaneta. Aprovecho a preguntar, doctor Lepez ¿la transcomplejidad ha cambiado su forma de pensar la salud?

Responde Lepez: Sí, por supuesto, ya que los distintos elementos, características y atributos que tiene el pensamiento transcomplejo me ha permitido de alguna manera incorporar a las prácticas reflexivas y discursivas posturas dialógicas, porque subyacen principios que se van movilizando entre fronteras del conocimiento, incluso del que se categoriza como científico.

Se incorporan otros que provienen de diversos escenarios, contextos, voces y actores como son los denominados o categorizados como conocimientos populares, incluyendo entre ellos prácticas ancestrales y otras devenidas de formas de pensar al respecto de los activos salutogénicos.

Es decir, todo aquello que promueva el bienestar y la salud de las personas conforme su propia perspectiva, interpretando de esta manera cómo interpela a cada contexto sociocultural, ideológico y político e incluyendo la perspectiva de las desigualdades y las brechas que requieren esfuerzos en materia de agenda de política pública.

Así como también de responsabilidad ciudadana, donde la cogestión de la salud, la coparticipación también es un acervo que hay que contemplar como una raíz que subyace a la responsabilidad individual y colectiva. Advirtiendo que no es solo responsabilidad de los profesionales prestadores que se forman en el campo de las ciencias de la salud, sino también de una ciudadanía responsable hacia el autocuidado.

Por eso la transcomplejidad convoca a reflexionar las propias prácticas sanitarias y también el modo en que trascienden en la vida cotidiana, que ha cambiado y revolucionado el estatus natural en cómo se encuentra un sujeto en sus distintos

entornos, ya sea en el ámbito familiar, social como laboral entre otros.

Colateralmente reviste interés también comprender una perspectiva de la salud atravesada por la transcomplejidad, que lo constituyen los escenarios desafiantes sobre la salud laboral ocupacional y los ámbitos donde se desempeñan las personas que ejercen su práctica, el de la economía productiva. Esto, porque también revisado desde la transcomplejidad se puede dar respuesta a los procesos de renovación o de transformaciones que se suscitan en los escenarios económicos, sociales y políticos.

Otra dimensión clave, también, se revela en la necesidad de no desatender las transformaciones del cambio climático, así como los ecosistemas que van variando según el corrimiento de la frontera tropical, subtropical o de la biomasa, creado por condiciones de catástrofes naturales o eventos de la naturaleza, que se constituyen en condiciones de riesgo para la población.

Tomando en este sentido la responsabilidad tanto los actores gubernamentales como de las poblaciones en los espacios habitables y esto es un indicador de desarrollo humano.

El IDH mide el desarrollo de los países, el déficit habitacional, medido desde la tasa habitacional, la tasa de empleabilidad y la tasa de cobertura, matriculación educacional, así como también la respuesta a las necesidades sociales y sanitarias, dan cuenta del desarrollo de un estado nación.

Por ello, pensar en las características del desarrollo y las condiciones de vida de las poblaciones es indispensable para poder incorporar la perspectiva de la transcomplejidad en un marco de prospectiva, de proyección de escenarios presentes hacia el futuro.

Creo que sin duda alguna la transcomplejidad nos está interpelando constantemente y entiendo y asumo que es así como dijo el doctor, es un desafío

para generar un campo de investigación más arduo y pormenorizado.

Silano señala: ha dicho algo muy interesante, no se trata solo de salud física, sino también de salud laboral, ocupacional, o sea, que es un concepto muy amplio. Seguidamente, pregunta a Bratt: considerando su especialidad, de neuroinmunofarmacología ¿cómo influye esta sobre la salud?

A lo cual el doctor responde esta especialidad establece prioridades en el cuerpo, es decir, ver la mente guiada principalmente por el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico, incluir lo que se llama el sistema simpático adrenal y el sistema simpático neural. Eso tiene una connotación muy especial porque es una estructura que está vinculada con el eje biológico, que es el tejido.

Esta pregunta va dirigida a que tenemos doble condición, una condición simpático neural que indica que dentro de nosotros hay una condición explícita que se denomina TH1. Es decir, una hiperactividad

con un sistema inmunológico fuerte generalmente va asociado con perfiles depresivos en esas personas y son sindromáticos.

Es básico entender esto, que esa condición TH1, la tienen personas que tienden a ser perfeccionista, por naturaleza, quieren hacer las cosas perfectas y así como tienen una personalidad muy especial, son los inteligentes, los que diría yo dominan el mundo en cierta forma, también esos individuos tienen una tendencia al perfil depresivo y por supuesto hay una explicación fisiopatológica.

Entonces, son personas con una condición inmunológica fuerte. Si eso se sobrepasa, puede producir las llamadas enfermedades autoinmunes y una serie de reacciones, en cuanto a las diferentes patologías que pueden manifestarse en signos y síntomas que tiene un origen emocional que se expresa como una patología.

Pero, también, puede tener la otra condición que es la TH2, que son personas que, por esta misma vía y su acción a nivel de la glándula al

modular el timo, no producen las citoquinas TH1, sino TH2 y estas personas son personas con tendencia a ser inmunodeprimidas y forma el gran grupo de personas que son más fáciles de tener enfermedades infecciosas, graves, por tener un sistema inmunológico, si se quiere, un poco más débil que las otras personas que no tienen esa condición. Este concepto es bastante amplio. Hice un pequeño bosquejo respondiendo a la pregunta.

Señala Silano a Urdaneta, ¿tiene algo que comentarnos? A lo que responde: quiero decir, que la transcomplejidad tiene que ver con una idea en expansión, que se sigue construyéndose en la medida en que cada uno piense sobre está. No está acabada porque la transcomplejidad no es determinista, no es dogmática, pero si tiene ciertos principios y en la medida en que se vayan haciendo investigaciones, estos pueden desecharse, agregarse o crear nuevos, porque el dogma no existe desde este punto de vista.

Siendo así, el cambio es constante y entonces es así como vemos que la salud, con un cambio incluso paradigmático, que no es otra cosa más que la forma como nosotros vemos el mundo, ese es el paradigma. Fundamentalmente se habla de paradigma desde el punto de vista de la ciencia y en 1962, Thomas Kun, que hizo unas definiciones sobre esta noción y todavía más o menos la seguimos usando, la forma en como se ve el mundo, desde el punto de vista de la ciencia, fundamentalmente es un paradigma. Kun dice que la ciencia cambia cuando cambia su paradigma.

El paradigma de la transcomplejidad dice que la visión del mundo es cambiante, por lo que requiere para su abordaje, que incorporen diferentes elementos, tanto clásicos como no tradicionales. El doctor Bratt dice unas cosas que son tremendas, por ejemplo, que todo lo que tiene que ver con la construcción de mi realidad desde el punto de vista psicológico, psiquiátrico, neurocientífico, va a influir en mi cuerpo, en mi estructura física.

Lo que veo en mi consulta, me permite corroborar esa propuesta. Por ejemplo, en mis pacientes que tienen problemas de nódulos en los senos, en la medida en que se estresan, esos nódulos crecen y cuando disminuye su estrés, estos disminuyen.

La idea de la salud como parte de lo ecológico, del ambiente, de lo natural, se da de manera rutinaria y hay otros casos que le dan certeza a esta afirmación, por ejemplo, la ciudad de La Victoria fue campeona hasta hace pocos años de los cánceres pulmonares, se determinó que esto ocurría por la quema de caña de azúcar, en grandes extensiones de terreno, de una empresa afamada de licores, como parte de su proceso productivo.

Esa empresa, sus gerentes, modificaron sustancialmente el sistema productivo, se hicieron unos hornos ecológicos para hacer la quema de la caña y disminuyó tremendamente la incidencia de cáncer de pulmón. Como vemos, la naturaleza tiene que ver con la salud.

La salud es un acto colectivo y como tal, es un acto individual que está mediado por cosas que tienen que ver con la concepción del mundo y que vamos descubriendo en nuestra propia realidad. De manera, que la transcomplejidad nos ofrece una visión no fraccionada de la salud.

Tal vez ustedes me puedan decir que un neurocirujano fracciona profundamente la salud porque se dedica a eso a recomponer el sistema de salud física, biomédico. Sí, pero desde el punto de vista del concepto de la medicina como tal, el concepto fundamental, que ahora da origen a otras cosas que más adelante vamos a ir descubriendo y diciendo, es que la salud ya no puede seguir siendo fragmentada, solamente al soma, al cuerpo, sino que está influenciada, por ejemplo, por el autocuidado.

Un ejemplo, si yo tuviera un problema de hipertensión la gente dice, inmediatamente, cuando me ven echándole sal a la comida, ¿pero tú eres hipertenso? Es porque el concepto de la salud ya es propiedad de todos y las personas creen que tienen

la obligación de decirle al otro "estás gordito, trata de caminar, come mejor". Por este tipo de cosas, es que surge la transcomplejidad.

Aunque la gente no sepa que es la transcomplejidad, la está viviendo. Está presente en cada una de las cosas, tratando de hacer la unificación del todo para que podamos vivir mucho mejor. Creo que de eso se trata este concepto y por supuesto es aplicable a todo el tema de la salud. El autocuidado pasa por vernos como responsable de nosotros mismo en relación con el colectivo.

La salud como interdependencia, prevención y justicia planetaria

Urdaneta incorpora los siguientes planteamientos a la noción de salud, señalando que el hombre, ha experimentado una evolución conceptual que refleja la complejidad creciente de su comprensión. Inicialmente, la salud se abordó desde una perspectiva estrictamente biológica o biomédica, centrada en la integridad corporal y el funcionamiento fisiológico del individuo.

Este enfoque privilegió la dimensión clínica y médica, donde la atención se dirigía a la identificación y tratamiento de las enfermedades, entendidas como alteraciones del cuerpo. Sin embargo, esta visión reduccionista fue insuficiente para captar la totalidad de la experiencia humana en relación con la salud.

Posteriormente, la salud incorporó la dimensión mental y/o psicológica, reconociendo que el bienestar no solo está en el cuerpo, sino también de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales. Este tránsito implicó un reconocimiento del sujeto como un ente psicosomático, donde la mente y el cuerpo se interrelacionan dinámicamente. La salud mental se convirtió en un componente esencial para comprender la salud integral del individuo, abriendo paso a disciplinas como la psicología clínica y la psiquiatría.

El desarrollo hacia lo social representó un salto epistemológico y práctico, al considerar que la salud

individual está condicionada por factores sociales, culturales y ambientales. La medicina preventiva y la salud pública emergieron como campos que trascienden la atención individual para abordar los determinantes sociales de la salud.

Este enfoque social amplió el horizonte de la salud hacia la comunidad y la población, enfatizando la prevención y la promoción de estilos de vida saludables. Con el tiempo, la salud se vinculó con la prevención en un sentido amplio, integrando estrategias anticipatorias que buscan evitar la aparición de enfermedades y promover entornos saludables.

La prevención se convirtió en un eje central de las políticas de salud, articulando acciones desde la educación sanitaria hasta la regulación ambiental y la vigilancia epidemiológica. Este enfoque preventivo reconoce la interdependencia entre el individuo, la comunidad y el entorno, y la necesidad de intervenir en múltiples niveles para garantizar el bienestar.

Finalmente, la salud se ha expandido hacia una dimensión ecológica que une al ser humano con la naturaleza, reconociendo la interconexión entre la salud humana, la salud ambiental y la sostenibilidad planetaria.

El paradigma transcomplejo considera que la salud no puede entenderse aisladamente del ecosistema en el que se inscribe y que la degradación ambiental impacta directamente en la calidad de vida y la supervivencia humana.

La salud se convierte así en un concepto integrador que articula lo biológico, lo psicológico, lo social, lo preventivo y lo ecológico en un sistema complejo y dinámico.

Esta evolución conceptual refleja un giro epistemológico que desafía las visiones fragmentadas y promueve una comprensión transcompleja de la salud, que involucra lo transdisciplinario. La salud contemporánea se concibe como un proceso interdependiente que requiere la integración de saberes diversos y la

cooperación entre disciplinas, sectores y comunidades.

En este sentido, la salud es una idea transcompleja que articula la biología, la mente, la sociedad, la prevención y la ecología en un proyecto ético y político orientado a la justicia planetaria y la dignidad humana. Su objeto es garantizar la continuidad de la vida y la dignidad, promoviendo bienestar y felicidad en sus dimensiones individual y colectiva.

II.CUIDADO INTEGRAL

El cuidado integral se define como una relación terapéutica dialógica entre el facilitador y el destinatario, orientada a atender la experiencia vital con estándares de seguridad, calidad y ética. Bajo un enfoque praxeológico, el cuidado trasciende la técnica para convertirse en una praxis que fusiona teoría y acción, incorporando pilares axiológicos y tecnológicos procesales.

En la actualidad, la transcomplejidad revoluciona esta visión al integrar los ejes biológico, psicológico, social, ambiental y espiritual, reconociendo al paciente como un sujeto activo en su autocuidado. Esta perspectiva promueve la humanización de la asistencia, la justicia social y el reconocimiento de la otredad, posicionando al cuidado como un bien común esencial para la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

En este sentido, el objetivo del capítulo se centra en: Analizar los fundamentos epistemológicos y las dimensiones transcomplejas del cuidado

integral, examinando la transición de los modelos biomédicos tradicionales hacia una praxis humanizada que integra el autocuidado y la participación ciudadana.

Visión del cuidado

Doctor Lepez, háblenos un poco acerca del cuidado integral. Precedentemente mencioné la definición cuando hablé justamente de la salud y le agregué el componente del cuidado integral que se da a partir de una relación terapéutica entre el destinatario y el facilitador, que puede ser profesional o no.

Es decir, el cuidador puede ser una persona con formación específica en el área o puede ser una persona que colabora con el proceso de ese cuidado para, obviamente, atender la experiencia holística de ese ser con integridad seguridad, calidad, que implica los distintos estándares que se entiende y se espera con relación a la práctica de asistencia y atención.

Figura 2. Salud como derecho fundamental
Fuente: Lepez, C (2025)

También hay que conocer sobre las bases epistemológicas del cuidado integral que provienen de distintos patrones de conocimiento, los cuales pueden ser empíricos, personales, éticos y estéticos.

Incluye distintos niveles de ordenamiento del entendimiento de ese cuidado integral para sus argumentos, sustentos epistemológicos que parten desde hechos y fenómenos fácticos hasta procesos paradigmáticos o metaparadigmáticos desde distintos campos de la ciencia, particularmente en ciencias del cuidado.

Hablamos en el caso, por ejemplo, de la disciplina enfermería, que tiene un metaparadigma que incluye cuatro elementos centrales, que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, en tanto allí está enfocada.

Si la perspectiva de la concepción de cuidado es a partir de distintas teorizaciones o niveles de indagación, debe resolverse a través de distintos planos: el de los paradigmas, de las orientaciones, de las escuelas y de las concepciones que dan origen a estos modelos teóricos del cuidado.

Un fundamento del tema lo encontramos desde Ellis y Hartley (1997) que habla de las profesiones dedicadas al cuidado, en este caso las profesiones en general, donde siete atributos le dan valor específico a esta noción de la práctica del cuidado Tal como se presenta en la figura 3, seguidamente.

1.Tener cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.
2. Utilizar el método científico.
3. Formar a los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.
4. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.
5. Desarrollar un código de ética profesional.
6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que brinda.
7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.
Ellis y Hartley (1997) Características de las Profesiones

Figura 3. Características de las profesiones
Fuente: Lepez, 2020

En principio, tener un cuerpo teórico práctico suficientemente fundamentado para poder sustentar la práctica de la atención con idoneidad, un corpus teórico-práctico, también utilizar el método científico o todo método que derive de la práctica consensuada y conscientemente realizada, formar profesionales en los ámbitos y en los escenarios que están acreditados para ello y funcionar con la autonomía correspondiente. Y para poder ejercer el

control sobre la práctica educacional formativa de quienes van a ejercer la práctica del cuidado, desarrollar el código de ética, tener disponible el contexto y un recurso que es el código de ética y el deontológico.

Igualmente, el reconocimiento de la profesión de acuerdo con la contribución de transferencia social y comunitaria que brinda hacia la comunidad y hacia la sociedad en su conjunto y poder reforzar la compensación sobre los profesionales que prestan atención desde la autonomía. Esto tiene que ver con el cuidado como una práctica garantizada en el marco del escenario de las actividades económicos productivas.

Entonces, el cuidado representa un desafío que implica formación superior de quienes están en ese ámbito para poder potencializar sus capacidades y competencias para el ejercicio de la práctica del cuidado integral.

También promoviendo el conocimiento, incluyendo el del destinatario del cuidado e

incorporándolo como práctica superlativa y, por supuesto, para que tenga un reconocimiento social, ya que el cuidado y el autocuidado están en el marco de las necesidades existenciales y vitales de las personas. Para eso se requiere, para el cuidado integral, los niveles del saber, que son las competencias de acción: el saber ser, hacer, estar y el saber técnico.

En este sentido, entonces es revolucionario porque ubica en la mirada praxeológica del cuidado; como una praxis que fusiona la teoría con la acción y la reflexión, que se orienta con guías de buenas prácticas sustentadas en la evidencia y en esta dialógica de la actividad profesional, el discurso y la reflexión; así como la indagación que permite tener una perspectiva de ética profesional en la práctica del cuidado.

Esto implica una perspectiva de mejora continua de este cuidado, ligado al perfeccionamiento de los tipos de especializaciones que significan las prácticas en los escenarios de

atención de la salud de las personas, incluyendo los ámbitos rurales o donde hay vacíos ecuménicos (léase como la extensión hacia todas las partes del mundo).

Hay un aspecto del cuidado integral que son los pilares axiológicos, es decir, todo el sistema de valores que tiene, desde los biológicos no racionales, los submorales, los morales, los trascendentales, tal que estos valores son las necesidades fundamentales de las personas para poder garantizar cuidados humanizados en el marco de una cultura de seguridad.

Hay un principio que es el tecnológico procesual que opera desde una perspectiva de radar (censando datos), donde el cuidado se monitoriza, se evalúa, se integra a través de lo que significa la práctica del cuidado en los sistemas de salud, que incluyen organizaciones, personas, recursos, instituciones destinadas en distintos niveles de atención y complejidad y distribuidas en distintos escenarios geográficos de los territorios, incluyendo

los territorios transfronterizos, donde también la atención a esta población es de importancia.

Los sistemas de salud donde se atiende la práctica del cuidado integral implican distintos procesos: el modelo de financiación, de gestión y el de atención donde se suscita la práctica propiamente dicha, como se evidencia en la figura 4.

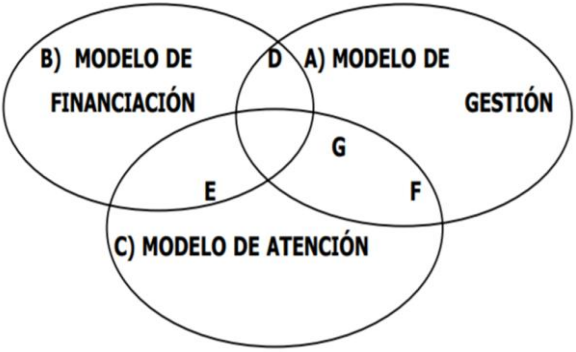


Figura 4. Modelos que componen el sistema de salud
Fuente: Tobar (2017)

Esto está ligado al componente político, económico y técnico, respectivamente, y que también, de acuerdo con lo que planteaba el doctor Urdaneta, tiene un marco histórico porque se han suscitado modelos de cuidados basados en los

criterios en cómo se desarrollaron los sistemas de salud en el mundo a lo largo de la historia.

Entonces tenemos el modelo universalista, el seguro social, los seguros privados y el asistencialista con distintas lógicas de composición y de funcionamiento. Esto atendiendo también a que en la expansión de una sociedad de la información y el conocimiento con la Big data, con el insumo de información de datos para poder tomar decisiones operativas en esa práctica de cuidado. En la cual hay que tener rigurosidad, que se constituye a partir de las guías de buenas prácticas que se consolidan con una metodología.

En este sentido, los principios tecnológicos procesuales de la práctica del cuidado, los cuidados integrales implican cuatro pilares esenciales. la asistencia en la promoción de activos salutogénicos, así como también en la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

Esta prevención está ligada a los que son los conflictos éticos o la planificación de decisiones

propias de la autonomía de la persona, a las acciones de gestión, a las prácticas de cuidados integrales relacionados a la dotación de servicios, a la distribución de planificaciones estratégicas de programas que atienden necesidades sociales, culturales y ambientales,

Así como también la práctica formativa, en torno a actividad de docencia institucionalizada y en servicio. Por supuesto la investigación como una práctica que fortifica todo este proceso de la tarea asistencial, gestión y docencia. Eso está determinado en las FESP, que son las funciones esenciales de salud pública.

Por eso, de cara a lo que son las transformaciones de la realidad, es importante advertir que el cuidado integral implica relacionamientos desde los aportes y contribuciones que hacen todos los actores, incluyendo la participación y la cogestión por sinergia, por potencialización, por entender la pluralidad de los escenarios.

Así como por la interconexión que ello implica, en el mundo cambiante que desafía a adaptarse y a colocar en la agenda gubernamental la práctica del cuidado, ya que este es especialmente importante, por el proceso de envejecimiento o longevidad, es clave advertirlo desde las primeras edades, incluso desde el proceso perinatal. Hay distintas tendencias en esta lógica del cuidado integral.

Frente a la interrogante acerca del cuidado integral, Bratt responde: este debe abordarse desde el enfoque transcomplejo, considerando los cinco ejes de manera integrada. El punto de partida es la construcción de una historia clínica profunda, capaz de identificar no solo los factores biológicos, sino también los psicológicos, sociales, existenciales y ambientales.

El análisis de la evolución biológica, la epigenética, el ayuno, el ejercicio, la emotividad, el sentido de vida y el contexto comunitario conforman pilares esenciales del cuidado integral. A ello se suma el eje planetario, que obliga a reflexionar sobre

la relación entre la salud humana y el cuidado del medio ambiente.

A la pregunta del cuidado integral Urdaneta responde: lo que sucede es que debíamos cambiar la idea, de enfocar la medicina desde la enfermedad, se necesita trascender a la medicina para hablar de salud. De hecho, actualmente los posgrados están cambiando el término de salud pública y se está hablando de salud colectiva que debía ser lo adecuado.

Pero como la pregunta está relacionada al autocuidado y tiene que ver más con la medicina, hay que decir que la enfermedad es un fenómeno emergente, disruptivo, que implica múltiples sistemas que están interconectados y que son jerárquicos para un ser humano.

Por ejemplo, el sistema biológico, psicológico, social y entonces finalmente se le agrega el natural cuando hay desequilibrios, disrupciones, ocurre la enfermedad, se niega la salud como el correcto equilibrio que debe haber entre esos sistemas.

La transcomplejidad deja ver que existe otro elemento más, un quinto, que es el elemento espiritual que tal vez el doctor Lépez pueda sentirse cómodo con esa terminología o la consideración de lo espiritual en lo humano, dado que se dedica a todo el tema de los cuidados paliativos, que puede ser el extremo de la disrupción de salud, es decir, la gloria funesta de la enfermedad que es el paciente terminal pues aquí está glorificada la enfermedad.

Se hizo todo lo necesario para que esta enfermedad creciera y que la salud como equilibrio disminuyera. Allí en los cuidados terminales de la vida, se habla de fundamentalmente cuatro componentes para poder abordar al paciente que ya está en ese extremo: (a) los familiares; (b) el equipo de salud; (c) el colectivo de amigos, con la sociedad y (d) la condición propia del paciente desde lo espiritual.

Este es un elemento importante, que hay que rescatar e incorporar a la salud, el paciente como sujeto activo consciente en la construcción de su

salud, su vida, su final. Ahora los enfermos, las personas son sujetos activos, empiezan a buscar información y en algunos casos hacen sugerencias a los médicos, que son extraordinarias muchas veces.

La gente dice: "doctor, sabe que estuve leyendo que el Hata Yoga sirve para la hipertensión arterial y para los pacientes que tienen problemas cardíacos como yo. ¿Qué le parece a usted?" Porque ya no estamos aceptando el papel de ser esclavizados bajo ese dominio donde el médico es el que todo lo conoce, la hegemonía sobre todas las cosas mentales, o de las supraestructuras, que nos mantienen sumisos. Ya no hay esa sumisión, se está perdiendo y tiene que seguir siendo así porque la persona en su autocuidado está más allá del médico.

El médico se consulta como una persona que sabe, pero, sin embargo, el médico tradicional se le ve desde el punto de vista del fraccionamiento de la medicina y lo que se necesita es la totalidad, la globalización del evento de salud, con todo lo que

tiene que ver, con gerencia y políticas públicas de salud, entre otros.

Se busca que las personas intervengan, de hecho, hasta constitucionalmente existe una cosa que se llaman los veedores de salud, es decir, las personas que son de la población que no están relacionados con los altos tecnicismos que ocupan al personal de salud desde el punto de vista interdisciplinario y disciplinario.

Esas personas en un evento de transdisciplinariedad empiezan por hacer supervisiones incluso de actos médicos, para evitar que las disrupciones sean mayores por factores humanos, que en muchas ocasiones no consideran a la persona como tal, sino como objeto. Dice, por ejemplo, mira, yo operé la vesícula. ¿Pero cuál, chico? La de la cama 5, o sea, se perdió el nombre de la persona, y ese tipo de cosas no pueden seguir sucediendo.

Debemos entender que el fenómeno de la salud tiene una implicación que está más allá de la

medicina y que esta tiene que empezar a ver como en los tiempos pasados, que los individuos nos formamos uno con el otro, es decir, la otredad, que el individuo es el otro.

Y en tanto que es otro, también, forma parte de este sistema ecológico que tenemos que incorporar a nuestra concepción, donde la salud es un evento común, colectivo, más allá del acto médico y que implica un autocuidado que se hace trascendental. Silano dice, definitivamente, en lo que se refiere a la salud y a la transcomplejidad hay todavía muchísimo para hablar.

III.EL CUIDADO Y LA SALUD. VISIÓN TRANSCOMPLEJA

Las tendencias contemporáneas en salud apuntan hacia una ciudadanía integrada e inclusiva, donde se rescatan las perspectivas de los pueblos indígenas y se respetan las configuraciones históricas de cada territorio. El avance tecnológico, manifestado en la teleatención y el telecuidado, plantea el desafío de armonizar la innovación con la humanización, garantizando que la técnica no desplace la calidez del vínculo terapéutico.

En este contexto, la finalidad del capítulo está centrada en: Identificar las tendencias emergentes en los sistemas de salud y cuidado integral, examinando la convergencia entre la innovación tecnológica, la humanización de la asistencia y el fortalecimiento de la salud colectiva desde una perspectiva de bienestar y dignidad humana.

Tendencias de la salud y el cuidado integral

Lepez señala efectivamente hay algunas tendencias acerca de la salud y el cuidado integral,

que menciono referencialmente, así como la necesidad de ubicar también la incorporación de la perspectiva de los pueblos indígenas en la salud integral, de una ciudadanía integrada, inclusiva. También de programas que atienden las distintas formas de representaciones ciudadanas, así como respetar las configuraciones históricas.

Fundamentalmente, hay que plantear una tendencia de los sistemas y servicios de salud donde se piensa en el énfasis puesto en la atención integral y en el diseño de perfiles que estén cada vez más especializados, pero que sean congruentes con las necesidades emergentes de la comunidad, que la propia sociedad plantea de cara, por ejemplo, a la teleatención, el telecuidado, también unas nuevas prácticas configuradas por los advenimientos tecnológicos.

La orientación en la humanización y en la adecuación con la tecnología, también, significa tomar conciencia de la gestión del desarrollo personal con impacto profesional. También por

quienes hacen la práctica del cuidado, la atención por consensos de buenas prácticas. Esto es importante advertir como una reflexión que se suscita en este escenario cambiante y revelador.

Es sustancial privilegiar la atención sobre el rol del cuidador, el cuidado de los cuidadores, de los profesionales, de las personas que asisten desde la búsqueda de una perspectiva plural y colectiva.

Así como valorativa, como hablaba recién la idea de Jaime Breilh (2021) y los determinantes socioculturales de la salud que plantea la OMS (2008) sobre esto de la salud en territorios, la salud desde una perspectiva de la medicina crítica, la búsqueda de equipos organizados, un modelo cooperativo para poder reducir la fisura y la grieta del fraccionamiento que el sistema y los servicios de salud tienen.

Por otro lado, el fortalecimiento de las dinámicas de las relaciones personales, eso sin dudas es importante para divisar una cultura de cuidado y de seguridad, de atención basado en

estándares y complementado de dinámicas cooperativas.

Potenciar la transformación personal acorde a los objetivos institucionales; que los escenarios no provoquen riesgos psicosociales para los trabajadores, porque la pauperización o la precarización laboral o contractual per se supone un riesgo para las prácticas del cuidado integral de las personas que requieren ese tipo de asistencia.

Por supuesto que es algo inminente a las lógicas de organización, la resolución de conflictos o problemas que se susciten en los escenarios del cuidado y que se resuelvan con alta efectividad y con bajo costo. Hay otra cuestión que considerar que es la formación continua de los profesionales y las personas que realizan prácticas de cuidado o colaboración en la práctica del cuidado.

Por eso cada vez más se requieren instancias de capacitación continua para poder responder a las demandas. Asimismo, una necesidad de concientizar sobre la identidad profesional y

personal, la implementación de un modelo de gestión del bienestar y cuidado integral y estandarizar los modelos de cooperación.

Después, una cuestión importante es la calidad y la humanización, la reingeniería de sistemas y procesos en cuanto a niveles de cultura organizacional, la permeabilidad organizacional, la certificación profesional y la ética en la concepción de las acciones. Es fundamental el liderazgo en salud en la perspectiva que estoy planteando en este asunto.

Así como, el compromiso sobre la salud integral y colectiva, en otro orden de ideas para asumir el concepto de los doctores Bratt y Urdaneta, que es un compromiso universal donde se debe promover la dignidad humana, potenciar los modelos de gestión del bienestar, salud y cuidado integral, fortalecer la integración en materia de intercambios.

Por su parte en el desarrollo de modelos fortalecidos, considerar no emular las prácticas de otros espacios donde hubo desarrollo y posibilidad

de avance; sino tomar de aquellos las ventajas adaptativas que permitieran la adecuación y la adaptación al contexto propio.

Igualmente, buscar un sentido y estilo de vida saludable, digno, posible de inclusión social en materia de impacto en la calidad de vida de las personas. Básicamente, hay que considerar también que existen indicadores categorizados y estandarizados que miden el proceso del cuidado integral y la atención de la salud.

Son sistemas de métricas, métodos que miden los años de vida potencialmente perdidos, la carga residual de enfermedad, los procesos de discapacidad, las limitaciones que puede tener una persona a partir de algún evento, un siniestro, con vistas a cómo puede reinsertarse social, cultural o socio productivamente.

Esto es poder responsabilizarnos, como se mencionó al principio y también lo reforzó uno de los participantes sobre la perspectiva del autocuidado, que no pensemos que solo es responsabilidad

individual de quienes tienen la matrícula para el ejercicio profesionalizado, sino también de quien es sujeto de atención propiamente dicho como sujeto de derecho. Pero que en el derecho también tiene obligaciones para poder cumplir con las mejores buenas prácticas, y la cotidianidad en sus hábitos y estilos de vida.

Algo práctico

Bratt dice quiero ser muy práctico en esto porque me ha tocado tener experiencias como director de salud y otros cargos, quiero ver esto desde un punto de vista útil. Cuando uno va a gerenciar la salud o a trabajar en salud y, por ejemplo, vas a una comunidad a tratar o envías a un médico rural, a una determinada comunidad, pero allí hay una situación de hambre, de desnutrición. La pregunta es ¿qué se hace?

Es decir, mientras no hay alimentación, ¿cómo se puede tratar este niño? Tratar con medicinas, pero sin comida. Esta reflexión la hago porque en salud tiene que participar los que dirigen los Estados,

los gobiernos en forma conjunta, el Ministerio de Sanidad como ente global y las gobernaciones respectivas y dar el presupuesto para solucionar.

Por ejemplo, aquí en el estado Cojedes tenemos un alto índice de desnutrición infantil en menores de cinco años, esto es una prioridad. He hecho algunos trabajos y escritos sobre esta materia. Es una prioridad, porque no es que no valga la pena el esfuerzo está bien hecho, pero no curas si tienes hambre, si tienes una pobreza de alimentación y posiblemente otras carencias mayores.

Por ejemplo, el índice de mortalidad al momento del parto es altísimo y estos indicadores tienen un componente que es la educación. En una oportunidad me tocó a mí, siendo director de salud, hablar con el todo el equipo de educación y plantear que solos no podíamos porque había niñas que quedaban embarazadas de 10, 11, 12 años, llegaban a los hospitales sin control ningún y el índice de mortalidad es alta y eso desde hace años, cuando se

perdió ese enfoque de la necesidad de educar a la población venezolana.

Esa creencia tiene que ser modificada a través de la educación, a través de trabajos más profundos y tiene que haber una participación colectiva de todos los entes. No puede haber unos sensibilizados en salud y otros que están gobernando sin participar en esto.

Entonces, quiero decir con esto que todos los conceptos son buenos, pero tenemos que ir a la parte práctica para resolver problemas puntuales que existen en muchas partes del país. Unos se conocen más de cerca que otros. Por ejemplo, algunas zonas con determinados tipos de endemia que se tienen que tratar, a las cuales se debe tener conexión con el Estado.

Yo recuerdo que cuando teníamos el boletín sanitario que venía mensual, en ese se hacían predicciones. Recuerdo casos, por ejemplo, cuando vi que, del meta de Colombia, los boletines anunciaban que había cuadros encefalitis y que eso

venía acercándose a Cojedes y a Carabobo, hicimos reuniones, participamos con todos los alcaldes de aquel entonces y tomamos medidas sanitarias preventivas con tiempo. De manera que cuando llegó, toda la población vulnerable estaba vacunada.

Tuvimos cuadros de fiera amarilla que pudimos prevenir, vimos una cantidad de monos que venían desde Arismendi subiendo y murieron cerca de la zona de Macapo y cuando lo estudiamos había un brote importante. Entonces lo que hicimos fue hacer el alerta y se hizo una vacunación masiva, pero eso es un hecho puntual,

Es decir, la salud es más compleja que eso y así como esos ejemplos, se ha logrado en otros campos, tratarlos y tomar las previsiones necesarias y eso tiene que ver con todas las patologías indistintamente.

De manera, pues, que el enfoque de salud lo disfruto mucho y especialmente con las intervenciones de los colegas, pero siempre tenemos que darle un toque práctico, analizarlos y

pedir la participación de otros, porque muchas veces la gente que gobierna y, esto lo digo con mucho respeto, no entienden el problema de salud. Entonces, parte de lo que se tiene que hacer es convencer de lo complejo que es la salud a fin de poder puntualizar y resolver estos problemas.

Tema especialísimo desde la ciencia y la humanidad

Urdaneta tiene la tarea de cerrar la temática. A lo que responde el autor, asumo como suerte, la fortuna del cierre, porque entonces tomo un aporte de mis predecesores y trataré de sintetizarlo. Lo cierto del caso es que se ha hablado de un tema especialísimo que tiene que ver con el estudio de la salud desde la ciencia y la humanidad. Tal vez sea un estudio humanístico porque provenga del hombre.

Sin desperdiciar la ciencia fáctica, al estilo de Mario Bunge (1971). Todo aquello que es la transcomplejidad enfocada en el descubrimiento, el análisis, como es lo científico o la comprensión en

cuanto que es humanista, de lo maravilloso humano. Al final de todo, lo humano es lo que predomina en cada una de nuestras acciones e investigaciones.

En eso reside lo humano y lo maravilloso es que tenemos una dualidad que es intrincada, que está muy entrelazada. Tiene que ver con algo que está más allá de la lógica pura, que es la coexistencia de nuestra fragilidad constitutiva como cuerpo, como soma y la capacidad de trascendencia, que es la otra parte que no podemos olvidar.

Se ha pretendido hacer a través del microscopio y de la probeta, del tubo de ensayo, de las medidas, de los ecosonogramas o los estudios de imágenes de alta gama y tantas cosas que han trascendido, porque somos seres trascendentes.

Entonces, quiero dejar la idea, que nuestro trabajo debe ser siempre el de crear puentes que conecte la objetividad de la ciencia con la subjetividad sagrada del humano, que ahora está en una proporción justa, pero también es insuficiente.

Empezamos a descubrir que como personas tenemos un valor que va más allá de lo simple y que todavía ni siquiera con nuestros autocuidados somos capaces de comprender, que la trascendencia humana incluso puede cifrarse más allá de la muerte.

REFERENCIAS

Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista universitaria de investigación, 9(1), 93-107. https://shre.ink/qUbp

Breilh Paz y Miño, J. E. (2022). La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética: metodología metacrítica para una ciencia responsable y reparadora. https://shre.ink/qUbB

Bunge, M. (1971). La investigación científica: su estrategia y su filosofía. Ariel. Barcelona.

Cala, M. L. P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. Archivos de Medicina (Manizales), 20(1), 203-216. https://shre.ink/qUbs

Ellis A. y Hartley M. (1997). En Burgos M., Paravic Klijn, M. Enfermería como profesión. 2009, Revista Cubana de Enfermería, 35 (1-2), 1-9. https://shre.ink/qUbd

Goleman, D. (1995). Inteligencia emocional. Kairós. Barcelona.

Gómez, R. D. (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 20(1). https://shre.ink/qUbk

Hernández Gamboa, L. E., Cañaveral Pascacio, S. del R. (2022). ¿Qué es salud? Revisión histórica del concepto a partir de la definición de la OMS en 1948. Revista Anales De Medicina

Universitaria, 1(02), 111–116. https://shre.ink/qUbQ
Tobar, F. (2017). Sistema de salud. Ministerio de Salud de la Nación,1-4. https://shre.ink/qUbc

Zahira Felicidad Silano Higuera

Prologuista del Libro

Médico Cirujano
Especialista en Neumología Pediátrica
Especialista en Pediatría y Puericultura
Magister en Investigación educativa
Doctora en Ciencias de la Educación
Docente Titular Universidad de Ciencias de la Salud

Carlos Oscar Lepez

Licenciado en enfermería
Magister en cuidados paliativos
Doctor en salud pública
Director del posgrado de especialización y residencia de enfermería en geriatría de la Universidad de Buenos Aires

Carlos Cecilio Bratt

Médico endocrinólogo
Nutriólogo
Neuroinmunofarmacólogo
Doctor en Medicina

Humbert Enrique Urdaneta Fernández

Médico cirujano
Especialista en Salud Pública
Magister en Gerencia mención Salud Pública
Doctor en Gerencia